



SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN A PACIENTE

CODIGO: FOR-TSR - 017

VERSION 04

Página 1 de 1

Fecha Solicitud: _____

Funcionario CTIC que tramita: _____

CAUSAL DEVOLUCION

Desistimiento del servicio

☐

Registro equivocado al momento del ingreso

☐

Pago Superior al valor del servicio

☐

Servicio no puede ser prestado

☐

El servicio es cubierto por la EPS

☐

Otro motivo: _____

VALIDACION DEL PAGO

Nombre del Paciente: _____

Tipo de Identificación:

CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ RC ☐ NIT ☐

No _____

de ANTICIPO(s)

VALOR TOTAL DEL ANTICIPO(s):

Medio de pago recibido:

☐

Efectivo

☐

Tarjeta

☐

Transferencia

PSE OTRO: _____

Persona que realizo el pago: _____

Tipo de Identificación:

CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ RC ☐ NIT ☐

No _____

Parentesco con el Paciente: _____

VALOR APROBADO PARA DEVOLUCIÓN:

DATOS BANCARIOS PARA REALIZAR LA DEVOLUCION

Titular de la cuenta (dede ser la misma persona que realizo el pago): _____

Entidad bancaria a la que se va a realizar la devolución: _____

Tipo de cuenta:

CC ☐ CA ☐

de cuenta: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Firma del Solicitante

Firma del Paciente

Para dar tramite a esta solicitud es obligatorio anexar:

☐

Certificación bancaria vigente

☐

Copia de Documento de Identificación

Informacion para tener en cuenta en esta solicitud:

1- Para reintegro del pago realizado directamente por el paciente fallecido (Q.E.P.D): La presente devolución deberá incluirse en el proceso de sucesión como un activo de la masa sucesoral, proceso en el cual se definirán los legítimos herederos del paciente fallecido (Q.E.P.D) y deberá adjuntar el documento que acredite dicha calidad para su solicitud (Sentencia o escritura pública del proceso sucesoral respectivo).

2- Los reintegros del pago se realizaran exclusivamente a la persona que efectuo el pago.

IMPORTANTE: Si la informacion no esta completa no será tramitada esta solicitud.

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FOR-TSR-017 DEVOLUCION A PACIENTES

Fecha de solicitud:	Corresponde a la fecha en que se radica la solicitud en CTIC con informacion completa.
Funcionario CTIC que diligencia:	Nombre completo del funcionario de CTIC que realiza el diligenciamiento del formato,
Causa de Devolución:	Identificar la causal de la solicitud de devolución.
Nombre del Paciente:	Nombre completo de como esta creado el paciente.
Tipo de Identificación:	Selecciona el tipo de identificación del paciente según corresponda,
No.	Numero completo de identificación del paciente
# de ANTICIPO:	Numero de anticipo registrado en TASY.
VALOR TOTAL DEL ANTICIPO:	Valor total de todos los pagos generados
Medio de pago recibido:	Medio del pago por el cual el paciente realizo el pago para devolución. Si fueron varios medios de pago por favor seleccione los utilizados.
Persona que realizo el pago:	Persona responsable del pago, titular de Tarjeta o cuenta bancaria
Tipo de Identificación:	Selecciona el tipo de identificación de la persona que realizo el pago.
No.	Numero completo de identificación de la persona que realizo el pago.
Parentesco con el Paciente:	identificar el tipo de parentesco que tiene con el paciente
Valor Aprobado para Devolución:	Diferencia entre el valor del anticipo y el valor de la factura.
Titular de la cuenta	Debe corresponder a la misma persona que realizo el pago.
Entidad bancaria a la que se va a realizar la devolución:	Nombre de la entidad bancaria en la cual desea que se transfiera el valor de la devolución. Esta informacion es validad en la certificación bancaria.
Tipo de cuenta:	Sí es Cuenta corriente marque (CC), y si es Cuenta Ahorros marque (CA)
# de cuenta:	Número de cuenta como aparece en la certificación bancaria.
Teléfono:	Por favor incluir dos números de teléfonos de contacto.
Correo electrónico:	Digitar el correo completo, para notificar una vez realizada la devolución
Firma del Solicitante	<u>Es indispensable que el solicitante firme el formato.</u>
Firma Jefe de admisiones:	Dejar en blanco, corresponde a Trámite interno en CTIC

Debe enviar el formato diligenciado con la certificación Bancaria vigente y copia del documento al correo devoluciones@fctic.org con copia a tesoreria@fctic.org

Los tiempos de respuesta para la devolucion son de 15 días Habiles una vez recibida la solicitud con los anexos completos en los correos mencionados.